

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. CONSTANTES VITALES																									
FECHA																									
DIA DE INTERNACIÓN																									
DIA POST QUIRÚRGICO																									
PULSO	TEMP	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS
		HORA																							
O																									
140																									
130																									
120																									
110																									
100																									
90																									
80																									
70																									
60																									
50																									
40																									

F. RESPIRATORIA X min																									
PULSIOXIMETRIA %																									
PRESIÓN SISTÓLICA																									
PRESIÓN DIASTÓLICA																									
RESPONSABLE																									

C. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS									
PESO (kg)									
TALLA (cm)									
PERIMETRO CEFÁLICO (cm)									
PERIMETRO ABDOMINAL (cm)									
OTROS ESPECIFIQUE									

D. INGESTA - ELIMINACIÓN / BALANCE HÍDRICO									
INGRESOS	ENTERAL								
	PARENTERAL								
	VÍA ORAL								
	TOTAL								
ELIMINACIONES	ORINA								
	DRENAJE								
	VÓMITO								
	DIARREAS								
	OTROS ESPECIFIQUE								
TOTAL									
BALANCE HÍDRICO TOTAL									
DIETA PRESCRITA									
NUMERO DE COMIDAS									
NUMERO DE MICCIONES									
NUMERO DE DEPOSICIONES									

E. CUIDADOS GENERALES									
ASEO									
BAÑO									
REPOSO ESPECIFIQUE									
POSICIÓN ESPECIFIQUE									
OTROS ESPECIFIQUE									

F. FECHA DE COLOCACIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS (aaaa-mm-dd)									
VÍA CENTRAL									
VÍA PERIFÉRICA									
SONDA NASOGÁSTRICA									
SONDA VESICAL									
OTROS ESPECIFIQUE									
RESPONSABLE									

A. DATOS DEL USUARIO / PACIENTE									
PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
					H	D	M	A	

B. CONSTANTES VITALES																				
FECHA																				
DIA DE INTERNACIÓN																				
DIA POST QUIRÚRGICO																				
PULSO	TEMP	HORA	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS
			140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40							

F. RESPIRATORIA X min																			
PULSIOXIMETRIA %																			
PRESION SISTÓLICA																			
PRESION DIASTÓLICA																			
RESPONSABLE																			

C. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS																			
PESO (kg)																			
TALLA (cm)																			
PERIMETRO CEFÁLICO (cm)																			
PERIMETRO ABDOMINAL (cm)																			
OTROS																			

D. INGESTA - ELIMINACIÓN / BALANCE HÍDRICO																			
INGRESOS	ENTERAL																		
	PARENTERAL																		
	VÍA ORAL																		
	TOTAL																		
ELIMINACIONES	ORINA																		
	DRENAJE																		
	VÓMITO																		
	DIARREAS																		
	OTROS ESPECIFIQUE																		
TOTAL																			
TOTAL BALANCE HÍDRICO																			
DIETA PRESCRITA																			
NÚMERO DE COMIDAS																			
NÚMERO DE MICCIONES																			
NÚMERO DE DEPOSICIONES																			

E. CUIDADOS GENERALES																			
ASEO																			
BAÑO																			
REPOSO ESPECIFIQUE																			
POSICION ESPECIFIQUE																			
OTROS ESPECIFIQUE																			

F. FECHA DE COLOCACION DE DISPOSITIVOS MEDICOS (aaaa-mm-dd)																			
VÍA CENTRAL																			
VÍA PERIFÉRICA																			
SONDA NASOGÁSTRICA																			
SONDA VESICAL																			
OTROS ESPECIFIQUE																			
RESPONSABLE																			